

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

227

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

SIMON (Hillel-Isaac)

Né le 17 Août 1891, à Bucarest

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

HERNIE OMBILICALE

(Procédé du Docteur Paul MOURE)

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

752

R. UNI
BIBLIOT
LEIT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N° 227

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

SIMON (Hillel-Isaac)

Né le 17 Août 1891, à Bucarest

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

HERNIE OMBILICALE

(*Procédé du Docteur Paul MOURE*)



Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RÉNON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRÉNANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
Clinique chirurgicale.	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RETERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GULLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

En témoignage de ma grande affection.

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

Professeur de pathologie externe
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. HALLER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ex-Chef de Clinique à la Faculté de Paris

*dont nous n'oublierons jamais le bien-
veillant accueil qu'il nous a toujours
réservé.*

*Nous l'assurons ici de notre inalté-
rable reconnaissance.*

A MONSIEUR ET MADAME CH. WAGENER

*Pour les assurer de notre profond
dévouement et les remercier de leurs
affectueux sentiments.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES DOCTEURS

BRAULT

CAMUS (J.)

DÉJERINE (*in memoriam*)

DEMELIN

DEVRAIGNE

LE GENDRE (PAUL)

LEGUEU

LENORMANT

MOURE

ROCHARD

TUFFIER

AVANT-PROPOS

Nous tenons, avant tout, à associer dans un même sentiment de reconnaissance, nos maîtres en chirurgie, M. le Professeur agrégé Ch. Lenormant, chirurgien de l'Hôpital St-Louis et M. le Dr Paul Moure, chirurgien des hôpitaux.

Leurs conseils et leurs encouragements ont été pour nous un précieux appui.

Nous tenons au début de ce travail, à rendre hommage aux qualités de leur enseignement clinique, dont nous resterons profondément imprégné.

INTRODUCTION

C'est à la bienveillance de M. le Professeur agrégé Lenormant, et de M. le Docteur Paul Moure, nos maîtres, que nous devons le sujet de notre thèse :

« Du traitement des hernies ombilicales, des hernies épigastriques et de certaines éventrations, par le cerclage de l'anneau au fil de bronze ».

Notre but, dans le court exposé qui suit, sera de préciser les circonstances assez nettement déterminées, au cours desquelles, l'on peut être appelé à utiliser ce procédé ; les observations que nous relatons à la suite de notre travail, témoignent des réels avantages que présente son emploi.

Néanmoins, nous nous garderons de l'opposer trop formellement aux diverses techniques en usage, desquelles la valeur reste entière dans l'immense majorité des cas.

Avant d'aborder son étude, il nous paraît utile de rappeler, que c'est notre Maître le docteur Paul Moure, qui l'imagina et le tenta pour la première fois ; mandé d'urgence à l'hôpital Cochin une nuit, pour y opérer

une volumineuse hernie ombilicale étranglée, il se trouva aux prises avec les plus grandes difficultés opératoires qu'expliquaient l'embonpoint de la malade, la largeur de la brèche, consécutive à l'omphalectomie, l'anesthésie défectueuse ; ainsi fut-il amené à recourir à la méthode que nous allons maintenant exposer, et qu'il a depuis employée à diverses reprises, avec les résultats les plus satisfaisants.

INDICATIONS

Le cerclage de l'anneau au fil de bronze, convient plus spécialement à trois types de hernies :

1° Les très grosses hernies ombilicales, lorsqu'il s'agit de ces femmes très grasses, à paroi abdominale flasque, sujettes à des complications pulmonaires post-opératoires ; cette technique permet d'abréger le séjour au lit et diminue ainsi considérablement les risques des complications pulmonaires ;

2° Les petites hernies ombilicales et épigastriques ; dans ces cas, le cerclage de l'anneau peut être fait aux crins de Florence ;

3° Les éventrations post-opératoires ; les résultats de la méthode proposée y sont aussi très encourageants.

Enfin, il semble qu'il y ait avantage à y recourir de propos délibéré, lorsque l'on a lieu de suspecter par avance la perfection de l'anesthésie : tel est le cas des sujets à l'habitus « sanguin » et surtout des alcooliques, qu'il est habituel de voir pousser pendant l'intervention ; l'opérateur est gêné et souvent contraint d'at-

tendre que l'anesthésie soit complète pour agir efficacement ; d'où la prolongation de l'acte opératoire.

En résumé, ce procédé peut se trouver indiqué dans les cas de hernies ombilicales, de hernies épigastriques et de certaines éventrations, surtout si l'on est en présence de sujets obèses, pléthoriques ou alcooliques.

AVANTAGES

« Les avantages de ce procédé peuvent se résumer en trois mots : simplicité, rapidité et solidité ».

Ainsi s'exprimait à la Société de Chirurgie, le 2 février 1921, notre Maître le Professeur agrégé Lenormant.

Nous allons tenter de faire la preuve de ces avantages.

Simplicité. — Il est infiniment plus simple de faire une suture en bourse en un plan au moyen d'un fil de bronze, que de procéder à la suture classique plan par plan.

La simplicité de l'acte opératoire devient telle, qu'il serait facile, dans des cas d'extrême urgence, de s'accommoder d'un aide inexpérimenté, voire même improvisé ; car dans ce procédé, le rôle de l'aide est des plus simples et la moindre bonne volonté suppléerait aisément au manque d'expérience.

Rapidité. — Si la rapidité ne doit pas être recherchée dans le seul but de conférer plus d'éclat à une opération

il est cependant indispensable d'abrégé autant que possible la durée de toute intervention.

La brièveté de l'acte opératoire est d'un intérêt vital chez les malades fatigués, obèses, affaiblis, souffrant d'affections rénales ou hépatiques ; dans tous ces cas, une anesthésie prolongée est susceptible d'engendrer ultérieurement des complications souvent mortelles.

Or, la cure par le cerclage, demande en moyenne une durée de 12 à 15 minutes.

Rappelons par ailleurs, que si l'on peut à la vérité recourir à la rachianesthésie, afin d'éviter les dangers de l'anesthésie générale, il n'en reste pas moins que celle-là est, elle aussi, capable de provoquer de graves accidents par intoxication bulbaire, notamment chez les débilisés ou les intoxiqués, auxquels nous venons de faire allusion.

Solidité. — Le procédé étudié permet l'obturation parfaite de l'anneau, surtout si l'on emploie un double fil de bronze ; il conduit à une cicatrice, très suffisamment résistante.

Nous ne prétendons pas que l'on évite ainsi à coup sûr les récidives ; néanmoins, il ressort de nos observations, que sur 15 opérés, il n'y eût qu'une seule récidive, qui survint d'ailleurs dans des circonstances tout à fait spéciales : femme obèse, enceinte d'un mois et demi, opérée d'urgence pour une volumineuse hernie ombilicale étranglée ; accouchement normal à terme ; trois mois plus tard récidive qui fut opérée par le docteur Toupet ; il constata que le cerclage avait été insuffisam-

ment serré, trop large ; la récurrence s'était faite dans son aire, en s'accompagnant d'une déchirure de la partie supérieure du cerclage.

Or, ce cas s'explique aisément, par l'involution des tissus post-partum ; leur rétraction après l'accouchement avait rendu le cercle trop large et permis la récurrence.

Enfin, cette technique, à côté des trois avantages que nous venons de rapporter, en présente un dernier : les opérés peuvent, sans inconvénient, se lever deux ou trois jours après l'intervention, être dès ce moment autorisés à faire quelques pas ; ainsi peut-on éviter ou combattre la congestion pulmonaire, qui — nous insistons — constitue sans aucun doute, un des principaux éléments de gravité de ces opérations, et en alourdit singulièrement le pronostic.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La hernie ombilicale est abordée par une très large incision transversale elliptique, qui supprime, du même coup, la peau et le pannicule adipeux ; cette énorme incision doit être conduite rapidement et sans bavures, jusqu'à l'aponévrose blanche et nacrée du grand oblique.

Une traction énergique, aidée de quelques coups de bistouri, sépare facilement la graisse de l'aponévrose, jusqu'au pourtour du collet fibreux, souvent étroit de la hernie.

L'hémorragie est minime. Lorsque la hernie est ainsi bien isolée sur tout son pourtour, on incise la paroi, juste en dehors du collet, puis on ouvre le sac de dehors en dedans, suivant la méthode classique.

On libère l'intestin, on sectionne l'épiploon et l'on résèque en bloc la peau, la graisse et le sac, avec l'épiploon qui lui adhère.

Après cette véritable omphalectomie, on se trouve en présence d'une vaste perte de substance elliptique, portant sur la peau et sur le pannicule adipeux, avec, au

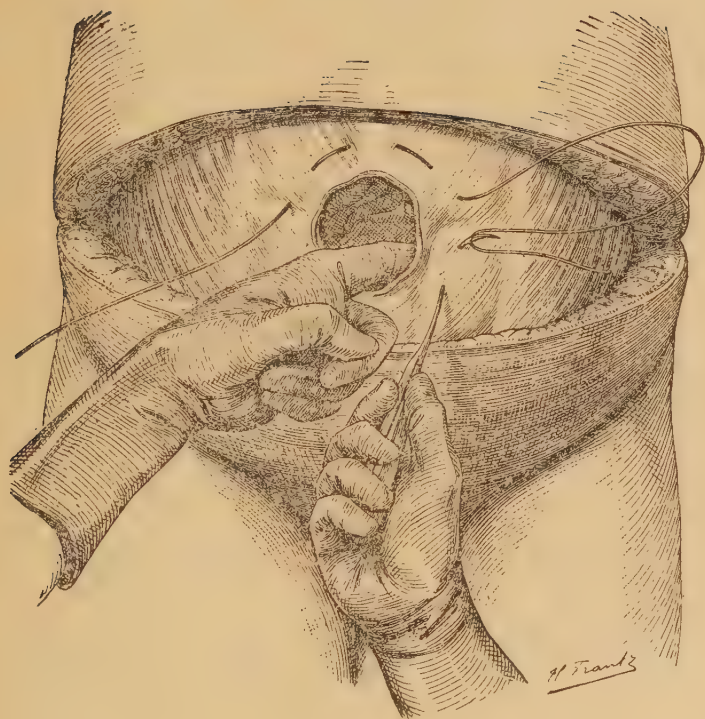


FIG. 1

Passage du fil de bronze au pourtour de l'anneau ombilical à cercler.

(Tous les clichés ont été mis à notre disposition par la Direction du *Journal de chirurgie*.)

Je remercie particulièrement M. Dumont de son amabilité.

centre, une ouverture à peu près circulaire, dont les dimensions varient de 4 à 8 cm. de diamètre.

Il faut alors enfoncer dans cet orifice un petit champ de toile pour refouler et maintenir les anses intestinales ; placer quatre pinces de Muzeux, aux quatre points cardinaux de l'anneau et prier l'aide d'exercer sur ces pinces une traction verticale, de bas en haut.

On faufile avec une aiguille courbe de Doyen, un gros fil de bronze, au pourtour de l'orifice, en passant à 2 centimètres de son bord.

L'aiguille doit charger toute l'épaisseur de la paroi, jusqu'au péritoine inclusivement. (Fig. 1) ; on passe le fil de telle sorte que ses deux chefs émergent du côté de l'opérateur.

On demande à l'aide d'exercer une forte traction verticale sur les pinces de Muzeux (fig. 2). On prend les deux chefs du fil de bronze dans deux pinces de Kocher et par traction progressive avec la main gauche, on rétrécit l'orifice cerclé, pendant que la main droite enlève doucement le champ qui maintient les anses intestinales. Durant ce temps l'anesthésie doit être complète. La traction de l'aide sur les pinces de Muzeux a pour but de faire éverser le pourtour de l'orifice à cercler ; cette traction doit continuer à s'exercer pour éviter le pincement d'une anse intestinale ou de l'épiploon, pendant que le fil est serré au maximum. Suivant l'épaisseur, plus ou moins considérable de la paroi, on serre plus ou moins le fil, pour arriver à la fermeture complète, hermétique, de l'orifice.

Lorsque l'occlusion semble parfaite on tord le fil régu-

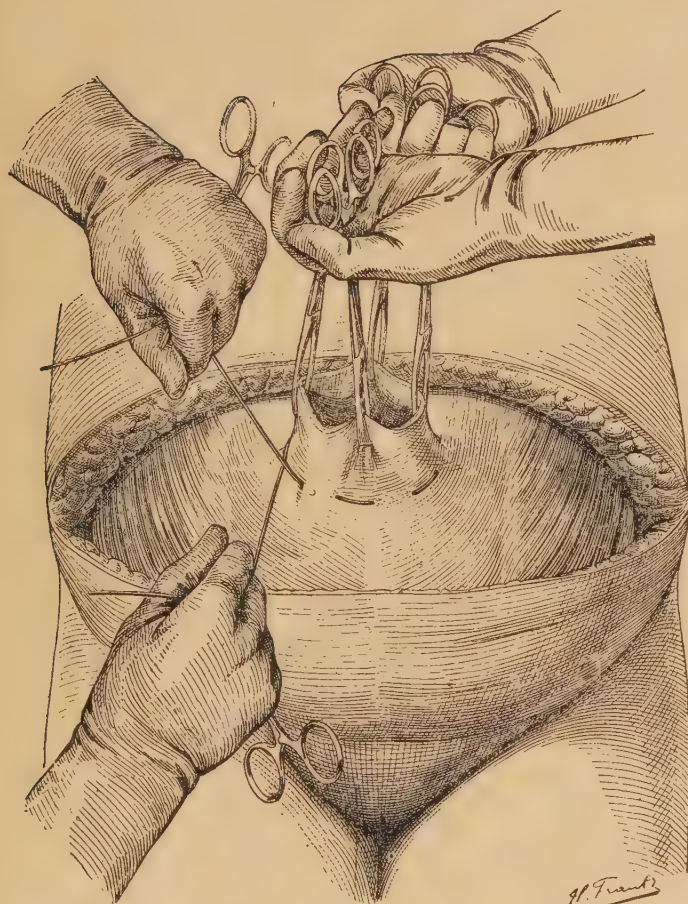


FIG. 2

Le fil de bronze est serré pendant que l'aide exerce une forte traction sur les pinces pour éverser les lèvres de l'anneau à cercler.

lièrement (6 à 8 tours) et on le coupe en recourbant son extrémité en dedans.

Il est indispensable de vérifier avec l'index la fermeture complète de l'orifice. Si l'occlusion n'est pas parfaite, il est préférable de serrer un second fil à côté du précédent.

Il résulte de ce cerclage, une sorte de bouchon fibreux, qui obture complètement l'ancien orifice et qui fait saillie dans la concavité du fil de bronze. (Fig. 3).

Du côté péritonéal il se forme une légère dépression, vers laquelle rayonnent les plis du péritoine froncé; cependant, si le fil a été suffisamment serré, il n'existe aucune fossette, aucune dépression, aucun repli gênant pour le contenu de la cavité abdominale.

Une fois le fil de bronze serré, l'opération est terminée; il ne reste plus qu'à fermer la grande brèche cutanée par un surjet, à la soie, au point de boutonnière.

L'écoulement de sérosité, constant, à la suite de cette large exérèse, nécessite la mise en place d'un petit drain, ou d'un faisceau de crins, aux deux extrémités de la suture transversale.

Ce drainage doit être rapidement supprimé; quant au surjet on ne l'enlève qu'entre le 10^e et le 12^e jour.

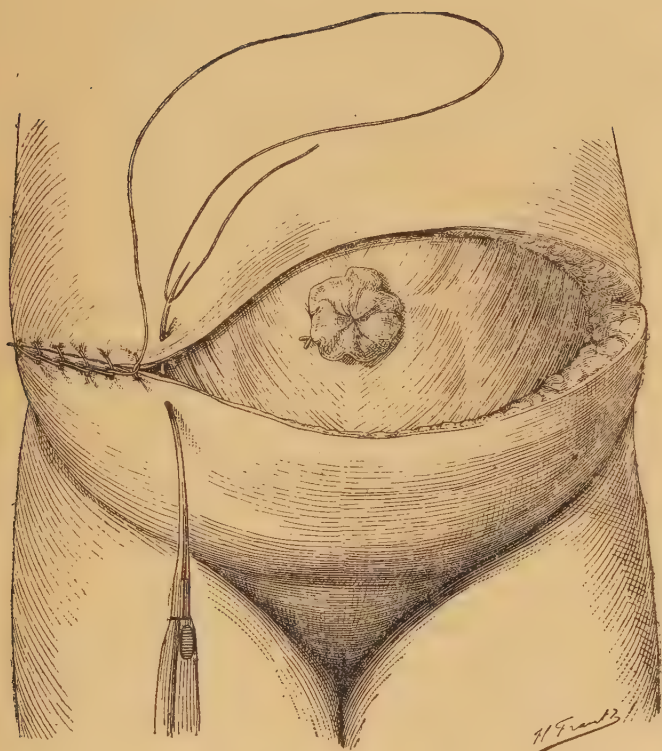


FIG. 3

Le cerclage de l'anneau ombilical détermine la formation d'un bouchon fibreux qui obture complètement l'ancien orifice.

COMMENTAIRES

Dans la séance du 2 février 1921, à la suite du rapport fait par M. le Prof. agrégé Lenormant, à la Société de chirurgie, un certain nombre de critiques furent élevées contre le procédé du Dr Moure.

Nous répondrons par des arguments tirés des résultats obtenus, résultats contrôlés par des examens répétés de nos opérés.

M. le Professeur Lecène s'exprimait ainsi :

« Je ferai au procédé de Moure, un seul reproche, mais grave : c'est d'être une ligature en masse. Or, la ligature en masse a vécu, ou du moins devrait avoir vécu en chirurgie actuelle.

Les tissus qui sont encerclés et fortement serrés par le fil métalliques, ont ischémiées et voués à la nécrobiose, si tout reste parfaitement aseptique, ou bien à la nécrose, s'il y a infection, même légère, de la plaie opératoire.

C'est pourquoi, je n'emploierai jamais pour ma part, ce procédé, dans les cas de hernie étranglée où l'asepsie de la plaie opératoire est toujours douteuse ; je la réserverais, à la rigueur, pour certains cas de hernie ombili-

cale à collet très petit et opérées tout à fait à froid, dans des conditions d'asepsie rigoureuse. »

Or, le cerclage n'est pas à proprement parler une ligature en masse. Le fil de bronze n'encercle pas complètement les tissus, mais se faufile de la même manière que le point en U, et permet une vascularisation suffisante, pour assurer la vitalité des tissus intéressés.

Aussi bien ce reproche pourrait-il s'adresser à tout point en U, qui n'est autre, somme toute, qu'un cerclage plus réduit.

Le bouchon fibreux évaginé n'a pas plus de raison de se nécroser, qu'un moignon intestinal invaginé par une suture en bourse.

Si même quelque infection atténuée de la plaie opératoire se produisait par accident, il n'y aurait guère lieu de redouter la gangrène de ce bouchon fibreux, ainsi que le montre le fait suivant : à la suite de la cure d'une très large éventration post-opératoire qui avait nécessité une large résection cutanée, il arriva que la suture cutanée céda et mit à découvert le bouchon fibreux cerclé ; la plaie, à la vérité peu infectée, contenait du staphylocoque blanc ; elle fut pansée à plat, et nous pûmes ainsi en surveiller l'évolution.

Il ne survint aucune complication et l'épidermisation se fit normalement. Les deux fils du cerclage furent enlevés 2 mois et demi plus tard ; le résultat s'est, depuis ce temps, maintenu de façon très satisfaisante (obs. n° 9).

M. le Professeur Quénu et M. Tuffier craignaient de voir la cicatrice fibreuse, qui résulte du cerclage, manquer de solidité. Or le résultat de toute suture, qu'elle

soit longitudinale ou transversale, est la formation de tissu fibreux.

Les procédés longs et complexes, qui consistent à dédoubler la gaine des droits, à tailler des lambeaux musculaires, à greffer des aponévroses, aboutissent-ils à autre chose qu'à la formation de tissu fibreux ?

Le cerclage est certainement le mode de suture qui détermine la cicatrice la plus petite.

Les tissus compris dans l'encerclement du fil de bronze, subissent, — il est vrai — la dégénérescence fibreuse, mais tout ce qui reste en dehors du cerclage, n'est en rien altéré.

LE CERCLAGE PERMET LE RAPPROCHEMENT DE TOUS LES PLANS MUSCULO-APONÉVROTQUES SAINS DE LA PAROI ABDOMINALE ET LES MAINTIENT PAR UN NŒUD FIBREUX CICATRICIEL CENTRAL. AINSI SE TROUVE RÉALISÉ, CHIRURGICALEMENT, UN VÉRITABLE OMBILIC, COMPARABLE A CELUI QUE PRODUIT LA CHUTE DU CORDON CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

Ce nœud fibreux mesure 15 à 20 millimètres de diamètre, alors qu'une suture longitudinale ou transversale atteint toujours 15 à 20 centimètres de longueur.

Le rôle du fil de bronze est passager : indispensable dans les premiers jours, utile dans les premières semaines, il devient superflu après quelques mois, et peut-être supprimé sans crainte aucune, s'il devenait gênant (obs. n° 9).

Le fil, est au demeurant, très bien toléré et ne provoque aucune douleur, si l'on a eu soin après sa section et sa torsion, de bien recourber vers le bouchon fibreux, son extrémité piquante.

M. Savariaud a fait l'éloge du procédé qu'il a l'habitude d'employer ; ce procédé classique donne d'excellents résultats et nous n'avons pas la prétention de vouloir le détrôner.

Nous avons simplement cru utile de montrer l'innocuité et de faire ressortir les avantages d'un procédé très simple, susceptible de rendre les plus grands services, dans certains cas particuliers.

Ce procédé, d'abord employé, par M. le Dr Paul Moure, comme un procédé de fortune, mérite d'être vulgarisé, tant en raison de ses avantages immédiats, que par la qualité de ses résultats éloignés.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES

Parmi les complications qui peuvent survenir au cours ou à la suite de l'opération qui nous occupe, on peut citer :

1° *Le pincement d'une anse ou de l'épiploon.* Cet accident ne s'est jamais produit chez nos opérés ; il suffit pour l'éviter que l'aide exerce une solide traction verticale de bas en haut sur les pinces, au moment où l'on va serrer le fil de bronze.

2° *Le serrage insuffisant* peut amorcer une récurrence qui peut aboutir à l'étranglement.

Cette complication s'est produite une fois, non par défaut de serrage, mais parce que l'opération fut faite sur une femme enceinte d'un mois $1/2$ (obs. n° 6).

Après l'accouchement et à la suite de l'involution des tissus, le cercle, devenu trop large, avait permis la récurrence de la hernie.

3° *La rupture du fil* est possible, mais nous ne l'avons jamais observée. Pour l'éviter il est sans doute préférable de faire le cerclage au double fil de bronze.

Elle pourrait notamment se produire, si l'on tentait



FIG. 4. Large éventration post-opératoire traitée par le cerclage au fil de bronze. (Clichés SCHALLER, hôpital Saint Louis).

après un cerclage insuffisamment serré, d'utiliser le même fil de bronze, altéré par les manœuvres précédentes de torsion et de détorsion ; c'est dire qu'en pareil cas, il serait formellement indiqué de mettre au rebut ce premier fil et de recommencer le cerclage avec un autre.

4° *L'intolérance du fil* : nous en avons observé deux cas :

a) Obs. n° 1. Le résultat opératoire fut parfait, mais la malade présenta une petite fistule, qui persiste encore, alternativement ouverte et fermée. Elle préfère le garder, affirmant que cela ne la gêne presque pas.

b) Obs. n° 9. La présence du fil fut la cause de douleurs. Le fil fut enlevé à l'anesthésie locale et le résultat se montra parfait. (Voir photos).

OBSERVATIONS

Obs. I. — Mme V... Agè : 55 ans. Entrée à l'hôpital Cochin le 20 mars 1920.

Hernie ombilicale étranglée

Femme très grasse ; énorme hernie ombilicale étranglée.

Opération le 20 mars 1920. Anesthésie générale : Chloroforme. Large laparotomie transversale avec incision elliptique. Extirpation avec la peau et la graisse sous cutanée, du sac volumineux et de l'épiploon adhérent. On pratique une omphalectomie. Il en résulte un orifice à peu près circulaire, de 10 centimètres de diamètre environ.

L'anesthésie donnée par une infirmière inexpérimentée est très défectueuse ; la malade pousse. Pour maintenir les anses intestinales, on introduit dans l'orifice un champ de toile. On faufile à la périphérie de l'orifice un gros fil de bronze, qui charge l'épaisseur de la paroi. Le fil est serré, ce qui amène une occlusion parfaite. Dans le bouchon fibreux évaginé, on passe deux points en U, au catgut.

L'opération est terminée, par un surjet au catgut, sur la graisse sous-cutanée et un surjet à la soie sur la peau.

Suites opératoires : Elles furent excellentes. La malade s'est levée le 8^e jour, ayant fait un peu de congestion pulmonaire des deux bases.

Sortie le 10 avril 1920.

Revue le 18 janvier 1922. Pas de récurrence. La paroi est souple et la malade ne souffre pas. Elle a cependant au niveau de sa cicatrice une petite fistule qui s'ouvre et se ferme de temps à autre. On lui propose de la lui supprimer, par enlèvement des fils à l'anesthésie locale, mais elle se refuse à toute intervention, sa fistule suppurant très peu et ne la gênant presque pas.

*
* *

Obs. II. — M. B., Age : 45 ans. Entré à l'hôpital St-Louis (Service du D^r Lenormant) le 29 juillet 1920.

Hernie ombilicale

Petite hernie ombilicale, faisant saillie à la partie supérieure de l'ombilic et remontant sur la ligne blanche. Grosseur d'une petite noix.

Opération le 2 août 1920. Anesthésie générale : Chloroforme. Incision verticale. Dissection du sac, qui ne contient que de la graisse sous-péritonéale. Excision de l'anneau ombilical. Il reste un orifice circulaire des dimensions d'une pièce de 5 francs, à parois rigides. On en saisit la périphérie avec des pinces, de façon à attirer le péritoine vers l'extérieur.

On faufile un fil de bronze, qui est serré progressivement, pendant que l'aide tire sur les pinces. Fermeture

parfaite. On met un catgut transversal sur le bouchon aponévrotique, qui fait saillie dans la circonférence du fil. Fermeture de la peau par un surjet à la soie.

Suites opératoires : Normales. Sorti le 15 août 1920.

Nouvelles : Le malade a écrit qu'il se trouvait en excellente santé.

*
* *

Obs. III. — Mme X... Age : 62 ans. Entrée à l'hôpital Boucicaut le 11 août 1920.

Hernie ombilicale étranglée

Femme très grasse ; ventre énorme avec ascite. Très mauvais état général. Température : 38°. Pouls : 120. Subiclére. Sucre dans les urines. Présente une hernie ombilicale étranglée, grosse comme le poing, très serrée, tendue, mate, recouverte d'une peau rouge, adhérente.

Opération le 11 août 1920. Anesthésie locale. Large incision transversale. La hernie est abordée latéralement ; le sac ouvert de dehors en dedans. Il contient une anse intestinale grêle, ecchymotique, mais qui n'est pas sphacélée. On fait l'épreuve du sérum chaud : l'anse intestinale se montre suspecte. Dans le doute, étant donné l'état général très précaire de la malade, qui ne supporterait certainement pas une résection intestinale, on rentre l'anse et l'on ferme l'orifice d'omphalectomie par un cerclage au fil de bronze. Durée de l'opération : 15 minutes.

Suites opératoires : Décédée le 14 août 1920.

L'autopsie montre que l'anse intestinale douteuse, s'est sphacélée et a provoqué une péritonite généralisée mortelle.

*
* *

Obs. IV. — M. P... Age : 35 ans. Entré à l'hôpital St-Antoine le 10 août 1920.

Hernie épigastrique

Petite hernie épigastrique siégeant à trois travers de doigt, au-dessus de l'ombilic ; extrêmement douloureuse.

Opération le 14 août 1920. Anesthésie générale : Chloroforme. Extirpation du sac. Cerclage de l'anneau au fil de bronze. Suture de la peau aux crins.

Suites opératoires : Parfaites. Ablation des crins le 8^e jour. Sorti le 23 août 1920.

Revu le 19 janvier 1922. Résultat excellent. Le malade ne souffre plus ; la cicatrice est souple et, à la palpation, on ne peut percevoir le fil de bronze qui est très bien toléré.

*
* *

Obs. V. — Mme Vve L... Age : 50 ans. Entrée à l'hôpital St-Louis (service du D^r Lenormant) le 14 août 1920.

Hernie ombilicale étranglée

Femme ayant eu 16 accouchements à terme. La hernie ombilicale date d'une vingtaine d'années. Elle est étranglée depuis 48 heures. La malade présente des vomissements et un arrêt complet des matières et des gaz. Température 38°. Pouls : 96.

Opération le 15 août 1920. Anesthésie générale :

chloroforme. Large incision elliptique transversale. Libération du collet du sac. Ouverture du péritoine en dehors du collet. Section et libération de l'épiploon adhérent. Résection du sac et des téguments en un seul bloc. L'orifice ombilical mesure environ 8 cm. de diamètre. On faufile un gros fil de bronze, qui, serré, obture complètement l'orifice. Suture de la peau par un surjet à la soie.

Suites opératoires. Parfaites. On retire le fil de soie le 9^e jour. Sortie le 4 septembre 1920.

Revue le 8 décembre 1910. Très bon état. Le 18 janvier 1922, état excellent, cicatrice parfaite, très solide. Le fil est très bien toléré.

■
* *

Obs. VI. — Mme B... Age : 46 ans. Entrée à l'hôpital St-Louis le 10 août 1920.

Hernie ombilicale

Femme très grasse, enceinte de 1 mois $1/2$ à son insu. Présente une hernie ombilicale de la grosseur d'une tête d'enfant nouveau-né. Phénomènes douloureux surtout marqués, pendant la station debout.

Opération le 16 août 1920. Anesthésie générale : chloroforme. Large incision elliptique transversale. Ablation d'un grand lambeau cutané et graisseux, comprenant le sac et l'anneau ombilical. Section en 4 paquets de l'épiploon adhérent au sac. Il reste un orifice à peu près circulaire, ayant environ 8 cm. de diamètre. On faufile un fil de bronze et pendant que l'aide éverse les lèvres de cet orifice, on serre le fil de bronze.

Il en résulte un gros bouchon aponévrotique qui obture l'orifice. Suture de la peau, par un surjet à la soie. Drainage aux crins de Florence.

Suites opératoires : Normales. Ablation du surjet cutané le 10^e jour. Sortie le 3 septembre 1920.

Revue en novembre 1920. Evolution normale de la grossesse. Accouchement normal à terme en avril 1920. Donc, la malade se trouvait au moment de l'opération en état de gestation depuis un mois et demi.

Récidive en juillet 1921. Réopérée dans le service du Dr Rieffel par le Dr Toupet. On trouve un fil trop large, avec récidive dans la concavité du fil et une déchirure à la partie supérieure du cerclage, avec petite hernie. Réfection de la paroi en un plan transversal aux crins.

Revue le 18 janvier 1922. Résultat actuel très bon. Pas d'éventration.

*
* * *

Obs. VII. — Mme J... Age : 41 ans. Entrée à l'hôpital St-Antoine le 18 août 1920.

Hernie ombilicale

Femme très grasse, atteinte d'une petite hernie ombilicale datant de 12 ans, apparue au cours d'une grossesse.

Opération le 21 août 1920. Anesthésie générale : chloroforme. Large incision elliptique, transversale. Décollement de la peau et de la graisse. Ouverture du sac. Résection d'un morceau d'épiploon adhérent. Ablation du sac. Cerclage au fil de bronze.

On note au dessus et au-dessous de l'ombilic, une fai-

blesse de la ligne blanche. Plissement par trois points au catgut, dont un en U.

Suites opératoires: Normales. Sortie le 6 septembre 1920.

Nouvelles : Le 29 octobre 1920 et le 19 janvier 1922. La malade n'ayant pu se rendre aux rendez-vous fixés nous écrit qu'elle est en excellente santé et ne se ressent aucunement de son opération.

*
* *

Obs. VIII. — M. D... Age : 42 ans. Entre à l'hôpital St-Louis (Service du Dr Lenormant) le 10 août 1920.

Hernie épigastrique

Malade ayant eu trois crises douloureuses avec vomissements. La douleur est très vive et siège dans la région péri-ombilicale. Les crises surviennent généralement entre les repos, sans heure fixe. On pense à un ulcère. A la radioscopie après repas opaque, on trouve un retard du transit dans l'estomac, qui est hyperkinétique.

Opération le 8 septembre 1920. Anesthésie générale : chloroforme. Petite hernie sus-ombilicale formée par un peloton de graisse sous-péritonéale. Incision exploratrice sus-ombilicale. Exploration de l'estomac et du duodénum qui sont sains. L'estomac est petit. Vésicule biliaire normale. Pas d'adhérences épiploïques. Pas d'épiploon dans le sac. Fermeture du péritoine par un surjet au catgut et cerclage de la région ombilicale au fil de bronze. Réunion de la peau, par un surjet à la soie.

Revu le 14 novembre 1920. Le malade ne souffre plus. La cicatrice est souple et ne provoque aucune douleur par la palpation. Le fil est très bien toléré.

*
* *

Obs. IX. — Mme L.. Age : 50 ans. Entrée à l'hôpital St-Louis (Service du Dr Lenormant) le 16 novembre 1920.

Éventration post-opératoire

Malade très grasse, opérée en 1912 pour un fibrome utérin. Présente une large éventration, qui s'accompagne de violentes douleurs en ceinture.

Opération le 25 novembre 1920. Anesthésie générale : Chloroforme : Incision transversale passant juste au-dessus de l'ombilic et à 4 travers de doigt du pubis, d'un flanc à l'autre. Ablation de la peau et du pannicule adipeux. Toute la partie centrale de l'abdomen forme un vaste sac à paroi mince. Les grands droits sont écartés de 15 cm. environ. Excision de la partie moyenne du sac, que l'on sépare d'une anse grêle et de l'épiploon. On se trouve alors en présence d'un vaste orifice à parois molles et minces de 12 cm. de diamètre environ. On faufile et on serre un premier bronze. Il persiste un orifice qui admet l'index, à frottement dur. Un deuxième bronze le rétrécit encore. Pour plus de sûreté, on passe transversalement dans la lumière de l'orifice, deux catguts. Fermeture aux bronzes et aux crins de Florence. La suture tirée sur la ligne médiane. Drainage par deux faisceaux de crins.

Suites opératoires : Le 29 novembre 1920, ablation du faisceau de crins du côté droit.

Le 30 novembre, ablation du faisceau de crins du côté gauche.

Pansements quotidiens. Les crins ont lâché au milieu de la plaie. La peau est mobile jusqu'au pubis, panse-

ments à l'éther iodoformé, puis à l'ambrine. Sortie le 10 janvier 1921.

Le 1^{er} février 1921, la malade vient se plaindre de douleurs causées par les fils de bronze.

Le 3 février 1921, ablation des fils à l'anesthésie locale.

Revue le 19 janvier 1922. La malade est très satisfaite. Très bon état. Distension de toute la paroi abdominale, qui est flasque, mais pas d'éventration.

*
* *

Obs. X. — Mme U... Age : 53 ans. Entrée à l'hôpital St-Louis (Service du Dr Lenormant), le 8 octobre 1920.

**Hernie ombilicale avec cancer intestinal propagé
au sac**

Femme très grasse, présentant une hernie ombilicale survenue 17 ans auparavant, à la suite de sa 8^e grossesse. Douleurs violentes par crises, s'irradiant surtout du côté droit, ce qui a fait penser à des crises de coliques hépatiques. Depuis 5 mois environ, la malade a beaucoup maigri et se plaint de troubles gastro-intestinaux.

Actuellement, tumeur du volume de la tête d'un fœtus à terme siégeant à la partie supérieure de l'ombilic.

Opération le 15 octobre 1920. Anesthésie générale : Chloroforme. Large incision elliptique transversale. Section circulaire autour du collet. Grosse infiltration néoplasique, infiltrant la paroi du sac, le mesentère, le côlon transverse. Prélèvement. On rentre en masse toute la partie herniée. Cerclage de l'orifice avec un fil de bronze. Fermeture parfaite. Réunion de la peau par un surjet à la soie.

Examen histologique. Cancer intestinal.

Suites opératoires. La malade meurt le mois suivant de son cancer.

*
* *

Obs. XI. — Mme B... Age : 35 ans. Entrée à l'hôpital St-Louis (Service du Dr Lenormant) le 17 février 1921.

Eventration post-opératoire du flanc droit

Opération antérieure en 1920. Laparotomie latérale avec incision sur le bord externe du grand droit, du côté droit.

Opération le 18 février 1921. Anesthésie générale : Chloroforme.

Excision de la peau et du sac.

Cerclage de l'anneau au fil de bronze.

Réunion de la peau aux crins.

Suites opératoires : Normales. Sortie le 2 mars 1921.

Revue plusieurs fois. Résultat parfait.

*
* *

Obs. XII. — Mme F... Age 40 ans : Entrée à l'hôpital St-Louis (Service du Dr Lenormant) le 25 juin 1921. Opérée par le Dr Boppe.

Hernie ombilicale étranglée

Hernie ombilicale étranglée depuis 3 jours. Arrêt complet des matières et des gaz. Vomissements fécaloïdes. Tuméfaction dure, chaude, rouge de la peau.

Opération le 25 juin 1921. Anesthésie générale : Chloroforme. Incision verticale. On entre en péritoine sain et on ouvre le sac. Le sac contient une anse intestinale fortement étranglée, avec ses deux sillons, mais se con-

tractant. Epiploon étranglé, que l'on résèque. On refait la circonférence de la brèche. Cerclage au fil de bronze. Suture sans drainage.

Suites opératoires : Normales. Sortie le 13 juillet 1921.

*
* *

Obs. XIII. — M. W... Age : 51 ans. Entré à l'hôpital St-Antoine le 25 juin 1921.

Hernie ombilicale, avec kyste dermoïde de l'ombilie

Il y a 15 ans le malade avait été opéré d'un abcès de la région ombilicale. Un an et demi après cette opération, il constate la présence d'une petite tuméfaction, de la grosseur d'une noisette, dans la région sous-ombilicale.

Palpation non douloureuse de la petite tumeur. On arrive à la réduire partiellement et le doigt peut s'engager dans l'anneau.

Opération le 30 juin 1921. Anesthésie générale : chloroforme. Incision elleptique transversale. Excision de la peau et de la graisse, jusqu'au collet de la hernie, qui sort par un petit orifice, admettant l'index. Ouverture du sac, auquel adhère l'épiploon. On passe deux fils de bronze couplés, suivant la technique habituelle.

On constate la présence d'un kyste dermoïde, au-dessous de la cicatrice ombilicale ; extirpation du kyste, contenant de la matière blanche. Lavage à l'éther. On serre le fil et on passe un point au catgut sur le bouchon obturant. Surjet cutané à la soie. Drainage aux crins.

Suites opératoires : Normales. Sorti le 15 juillet 1921.

Revu le 17 août 1921. Complètement guéri. Résultat parfait.

■
* *

Obs. XIV. — M. B... Age : 40 ans. (*Opéré en ville par le Dr Moure*).

Eventration étranglée

Malade obèse. Enorme éventration du flanc droit. Mauvais état général. Arrêt complet des matières et des gaz, depuis 48 heures. Vomissements. L'éventration forme une énorme poche de la grosseur d'une tête d'adulte, — qui contient le cœcum, le côlon ascendant et plus d'un mètre d'intestin grêle. La masse est adhérente à la peau. Elle a dû se hernier dans les jours qui ont suivi une appendicectomie, faite trois ans auparavant, car le cœcum et le côlon ascendant sont adhérents à la face superficielle du grand oblique.

Opération le 23 août 1921. Anesthésie rachidienne : chloroforme. Excision du sac. Libération difficile de l'épiploon et des anses intestinales, adhérentes entre elles, à la peau et à la face superficielle du grand oblique. On arrive à rentrer dans la cavité abdominale, cette masse intestinale, qui a presque perdu droit de domicile.

Cerclage de l'anneau au double fil de bronze. Fermeture aux crins. Drainage aux points déclives.

Suites opératoires : Suintement assez abondant. Ablation des crins le 10^e jour. Sorti 20 septembre 1921.

Revu en décembre 1921. Très bon résultat. Le fil est très bien toléré.

*
* *

Obs. XV. — M. X... Age: 83 ans. Entré à l'hôpital St-Louis (Service de M. le professeur Lecène) le 25 décembre 1921.

Hernie épigastrique étranglée

Hernie épigastrique de la grosseur d'une petite noix, déterminant des douleurs atroces et des vomissements.

Opération le 25 septembre 1921. Anesthésie locale. Excision du sac, qui ne contient pas d'anses intestinales, mais seulement un petit fragment d'épiploon qui est réséqué.

Cerclage de l'orifice au fil de bronze.

Suites opératoires : Normales. Sorti le 10 octobre 1921.

Nouvelles : Le malade a écrit qu'il se trouvait en excellent état de santé.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement de certaines hernies ombilicales ou épigastriques, et de certaines éventrations post-opératoires, par le cerclage de l'anneau au fil de bronze est une opération simple. Employé pour la première fois comme un moyen de fortune, il mérite d'être vulgarisé.

II. — Ce procédé opératoire est recommandable par sa rapidité, sa simplicité et sa solidité.

III. — Il permet le lever très précoce des opérés, évitant ainsi la congestion passive des poumons.

IV. — Anatomiquement, le cerclage permet le rapprochement de tous les plans musculo-aponévrotiques sains de la paroi abdominale, et les maintient par un nœud fibreux cicatriciel central. Ainsi se trouve réalisé chirurgicalement un véritable ombilic, comparable à celui que produit la chute du cordon chez le nouveau-né.

V. — Les résultats éloignés de ce procédé simple et rapide, que nous avons actuellement employé 15 fois, permettent de le recommander dans certains cas particuliers.



Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

